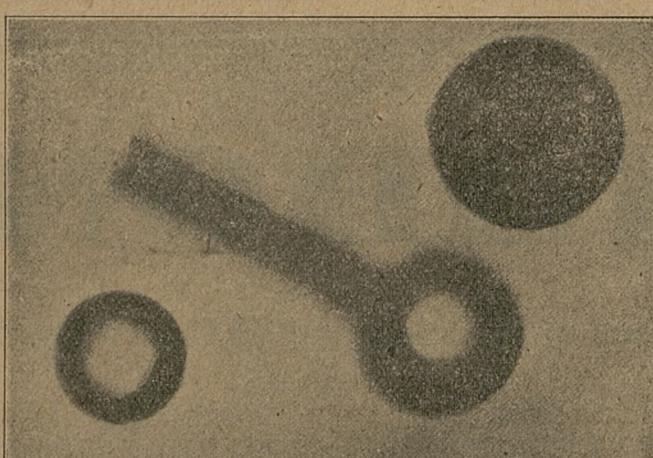
№ 5 WARSZAWA, MAJ 1931 ROK III.

THERAPIA NOVA

MIESIĘCZNIK NAUKOWY POŚWIĘCONY LECZNICTWU

Prenumerata roczna Zł. 10.— **Numer pojedyńczy Zł. 1.50**



№ 5. WARSZAWA, MAJ 1931 ROK III

THERAPIA NOVA

MIESIĘCZNIK NAUKOWY POŚWIĘCONY LECZNICTWU

Podał Dr. Med. Alfred Galewski (Warszawa).

SCHORZENIA REUMATYCZNE I TAK ZWANE FORMY ZWYRODNIENIOWE REUMATYCZNE, A PRZEMIANA MATERJI.

Klinika i patologja winna odróżniać dwie formy reumatyzmu; jedna, w której na pierwszy plan wysuwają się przedewszystkiem zmiany zapalne. a druga, rozpoczynająca się zmianami zwyrodniowemi w parenchymie, które wkońcu mogą wywołać wtórne zmiany zapalne w stawach.

Przykładem tych schorzeń są zwyrodnienia chrząstek stawowych, które, impregnując się produktami przemiany materji jak kwasem moczowym (dna), homogentyzynowym (ochronosis) i nawet szczawiowym, które to kwasy w ustroju ludzkim się nie spalają*) i powodują w następstwie zmiany zapalne w stawach.

Oczywiście, proces zapalny odbywa się w błonach maziowych, a nie w chrząstkach, bo one nie zawierają naczyń.

Ponieważ cała ta sprawa zwyrodnieniowa pociąga za sobą i zmiany w nerwach, nic też dziwnego, że ogromnie bogaty staje się obraz kliniczny tych schorzeń w postaci rozmaitego rodzaju neuralgji i kausalgji, myalgji, artralgji, ostalgji, polyalgji naczyniowych (Hochdruckrheumatismus niemieckich autorów) i polyalgji wskutek zaburzeń w gruczołach dokrewnych, allergicznych i psychogennych (Bing).

Pomijając całą etjologję egzogenną bakteryjno-toksyczną i allergiczno-anafilaktyczną, mało jeszcze dziś znaną, endogenną jak zaburzenia przemiany materji, wspomnę tylko pobieżnie o chorobie Dercuma, w której spotykają się często dolegliwości reumatyczne, zaburzenia gruczołów wkrewnych, które niżej szczegółowiej omówię, jak również ostatnio wysuwane hypotezy co do awitaminozy; nie należy zapominać o konstytucji

*) P. Oxalemia i oxalurja A. Galewski. Wiedza lekarska, rok 1927, lipiec.

osobniczej; mianowicie w klinice spotykają się często typy dnawe, otyłe, cukrowe, osobnicy ze skłonnością do kamieni żółciowych, moczowych, przedwczesnej miażdżycy tętnic, osobnicy, cierpiący na neuralgje, migreny, dychawicę oskrzelową, wypryski egzematyczne, którzy jednocześnie cierpią i na dolegliwości reumatyczne.

Lanceraux i Bazin mówią o skazie neuroartretycznej. Reumatyzm zajmuje przedewszystkiem tkankę mezenchymalną, niekiedy mezodermalną, rzadko ektodermę, a nigdy entodermę; często więc ulega schorzeniu wsierdzie, osierdzie u dzieci 15%, a u dorosłych około 4%, rzadziej opłucna, najrzadziej otrzewna; pozatem chrząstki stawowe, błony maziowe, torebki stawowe, mięsień sercowy 60—80%, żyły (phlebitis rheumatica Vaquez), mięśnie poprzecznie prążkowane, tęczówka i skóra w postaci erythema nodosum, erythema exudativum multiforme, purpura lub peliosis rheumatica.

Określonym zupełnie zespołem objawów chorobowych jest artropatia psoriatica albo arthritis psoriatica (Nobl i Remenowski), choroba spotyka się częściej u mężczyzn niż u kobiet o nieznanej etjologji; choroba zajmuje jednocześnie i skórę i stawy, a niekiedy najprzód skórę, a potem stawy.

Ciekawie dosyć przedstawia się stosunek schorzeń reumatycznych do przemiany materji.

Obraz krwi przedstawia się rozmaicie, ilość leukocytów albo jest prawidłowa, albo nieco wzmożona, spostrzeżenia wykazują często przesunięcie neutrofilów w lewo w sensie Arnetha, niekiedy jest leukocytoza neutrofilna, eozynofilja o ile istnieje, to przemawia za ostrą sprawą reumatyczną, a nie za sepsą.

W przewlekłych bardzo reumatyzmach może powstać niewielkiego stopnia niedokrwistość, ilość leukocytów prawidłowa, lub nieco podniesiona, limfocytoza i monocytoza, Neegard badał w przypadkach reumatyzmu opadanie krwinek czerwonych, według niego jest przyśpieszone.

Ralph i Pemberton znaleźli w większości wypadków pewne obniżenie podstawowej przemiany materji, tolerancja na cukier obniża się.

Meyer-Bisch i Kühn znaleźli zwiększone wydalanie węgla i zaburzenia oksydacyjne, stosunek węgla do azotu w moczu zwiększa się.

W moczu w gorączce białko, w nerkach bywa rozlane lub cząstkowe zapalenie kłębków nerkowych.

Stosunek do gruczołów dokrewnych:
Tarczyca.

Nadczynność tarczycy może dawać polyalgje reumatyczne, bóle głowy, rozmaitego rodzaju neuralgje wskutek zatrucia tyroksyną.

Sergent opisuje nadczynność tarczycy w przebiegu ostrego reumatyzmu stawowego, według niego prognoza w tych przypadkach jest

lepsza, autor nawet kombinuje leczenie salicylem z małemi dawkami tyrojodyny, która wzmaga czynność komórkową.

Podawanie tyrojodyny można stosować w tych wypadkach, gdy jeszcze niema bujania tkanko-łącznowego w stawach, w przeciwnym bowiem razie żadne środki, przyśpieszające przemianę materji, ani fibrolizujące nie działają.

Leopold Lewi mówi o przewlekłym reumatyzmie tyreogennym (rheumatismus thyreogenęs), powstający wskutek niedomogi tarczycy; jest to choroba Becha, którą opisał Chasanow.

Deutsch i Curschmann opisują przypadki choroby Basedowa, w których zajęte były stawy (polyarthritis chronica thyreotoxica).

Również i niedomoga tarczycy jest niejednokrotnie przyczyną objawów reumatycznych, gdyż daje bóle w kończynach, stawach, mięśniach i nerkach.

Niedomoga gruczołów przytarczycznych z wyraźną tężyczką lub bez niej daje parestezje, uczucia ciągnienia i napięcia w kończynach.

2) Przysadka.

W schorzeniach przysadki jak w akromegalji, chorzy często skarżą się na bóle reumatyczne w kościach, stawach, mięśniach, którym towarzyszą akroparestezje, niekiedy nawet puchną stawy.

W dystrophia adipos-ogenitalis Fröhlicha i w guzach przysadki bywają polyalgje reumatyczne, parezy, zaniki odruchów, zaniki mięśniowe, kości, zrzeszotnienie kości (osteoporosis), co wkońcu prowadzi do kyposkoliozy.

3) Nadnercze.

W chorobie Addisona chorzy często skarżą się na bóle reumatyczne i neuralgiczne.

4) Jajniki.

Podczas przekwitania przy wypadnięciu funkcji jajników, zdarzają się polyalgje reumatyczne. Munge wspomina o arthropatia ovaripriva".

Formy zwyrodnieniowe reumatyzmu:

I. Arthrosis deformans.

Do tej grupy należą przedewszystkiem jednostki chorobowe, polegające na zaniku chrząstek i więzadeł, na rozroście wyrośli kostnych (osteophyton) i proliferacji błon maziowych (lipoma arborescens); wszystko to prowadzi do zesztywnienia i zdeformowania stawu arthrosis deformans). Klinicznie cechuje deformację stawów, rozrost powierzchni stawowych, bezbolesność i łatwa łamliwość kości, choroba dotyka większe stawy.

Szybkość opadania krwinek w odróżnieniu od schorzeń czysto reumatycznych nie jest przyśpieszona, tylko charakterystyczny jest wysoki poziom wapnia we krwi (Marks), którego brak w schorzeniach reumatycznych.

Etjologja powyższych schorzeń nie jest znana, niektórzy widzą źródło choroby w gruczołach dokrewnych (arthropatia deformans endocrina Zimmer).

W literaturze wspominają autorzy o izolowanych wyroślach kostnych Heberdena, spotykających się często u kobiet po 40-ym roku życia na dystalnych stawach palców, którą to sprawę łączą z niedomogą gruczołów płciowych.

II. Aseptyczne martwice nasad kości.

Do tej grupy schorzeń należy choroba Perthes'a, spotykająca się w młodym wieku, polega na zaniku kości w nasadach; kości udowe wybitnie zmienione, nasady wykazują rozrzedzenie (epiphiseolysis), szyja kości udowej krótka, częste złamania metafizy, bolesność kości.

Jeśli sprawa chorobowa dotyczy kości śródstopia, to powstaje obraz chorobowy Köhlera, jeśli kości goleniowej—choroba Schlattera, podobne sprawy opisywał Köhler w kości łódkowatej a Kleinböck w os. lunatum. Choroba jest wrodzona, całe rodziny zapadają na tę chorobę.

III. Arthropatia hemofilica.

Choroba spotyka się w krwawiączce, kiedy to wskutek czynników traumatycznych dochodzi z łatwością do wylewów krwawych w stawach, które, trudno się wchłaniając, wywołują aseptyczne zmiany zapalne w chrząstkach stawowych, błonach maziowych, które stają się ciemnemi od barwika krwi (Freund). Stawy chronicznie zdeformowane u młodych ludzi winny prowadzić myśl lekarską w kierunku krwawiączki.

IV. Arthritis urica.

V. Ostearthrosis ochronotica, które dość często spotyka się w alkaptonurji. W tejże jednostce chorobowej, podobnie jak w poprzedniej, powstaje mnóstwo niespalonych produktów przemiany materji, zwłaszcza białkowej jak kwas homogentyzynowy i hydrochinooctowy, także znajdują się w moczu i odkładają się w chrząstkach i więzadłach stawowych, barwiąc tak chrząstki jak i mocz na ciemno. Sprawa w stawach prowadzi do martwicy i zdeformowania stawu (arthrosis deformans); jest to zupełna analogja do dny, tam odkłada się kwas moczowy, a tu homogentyzynowy, w przeciwieństwie do dny ochronosis zajmuje większe stawy, a zwłaszcza międzykręgowe.

VI. Calcinosis universalis.

Jest to jednostka chorobowa, w której wapń odkłada się w nadmiernej ilości w chrząstkach stawowych i więzadłach, nie jest to wywołane zaburzeniem całkowitej przemiany wapniowej (poziom wapnia we krwi prawidłowy), a zaburzeniem lokalnym (Umber).

VII. Choroba Albers-Schönberga polega na marmurkowatości kości, która przeistacza się w jednolitą masę, dochodzi do zaniku szpiku kostnego.

Do specjalnych form przewlekłych spraw stawowych zalicza się jednostka chorobowa spondylarthrosis ankylopoetica, spondylosis rhizomelica, choroba Bechterewa i Marie Strümpell.

Choroba atakuje mężczyzn od 3 — 5-go dziesiątka lat, wywołuje przewlekłe zapalenie stawów międzykręgowych i zesztywnienie ich, za-

palenie zajmuje stawy żebrowo-kręgowe, wszystkie więzadła i chrząstki ulegają skostnieniu i zwapnieniu. Sprawa ta prowadzi do zesztywnienia kręgosłupa i niekiedy kończyn, towarzyszą temu bóle, parestezje, kontraktury i wreszcie zaniki mięśniowe.

Typ Bechterewa zajmuje przeważnie ogonową część kręgosłupa, często bywa kyfoza i bóle, zostawia wolne wielkie stawy. Typ zaś Marie Strümpella zajmuje dogłowową część kręgosłupa, bez kyfoży i bez objawów ze strony nerwów, zajmuje również i stawy kończyn. W klinice spotkać można kombinacje tych dwuch typów.

W roku 1897 lekarz dziecinny Still opisał ciekawy zespół chorobowy, dotyczący zajęcia postępującego stawów z uogólnionym zajęciem gruczołów chłonnych i śledziony. Opisywali ją przedtem Chauffard i Ramon. Pollitzer przypuszczał w tych przypadkach gruźlicę.

Do tejże grupy zaliczają się schorzenia, które zajmują torebki stawowe wraz ze stawami lub bez nich, jako pochodne reumatyzmu. Znaną jest choroba Duplaya, albo jak ją niektórzy nazywają periarthritis humeroscapularis. De Quervain opisuje znów tendowaginitis stenosans, umiejscowiony na processus styloideus radii.

W stawie łopatkowym mogą ulec schorzeniu 3 torebki stawowe, bursa subdeltoidea, leżąca pod musculus deltoideus; bursa subacromialis, leżąca pod acromion i subscapularis lub subcoracoidea, leżąca pod processus coracoideus; etjologicznie zapalenie torebek może wywołać kiła, gruźlica, rzeżączka ,infekcje migdałkowe, zębowa i reumatyczna.

Niekiedy zdarzają się procesy reumatyczne bardzo długotrwałe, Kienböck np. opisuje przypadek u jednej kobiety, która cierpiała na powyższe schorzenie 45 lat, była zupełnie sztywna, zachorowała w 14-tym roku życia, co spowodowało u niej zahamowanie wzrostu, gdyż w 59-ym roku życia wzrost jej wynosił 115 cm., nazywa to schorzenie autor Pseudoachondroplazja polyarthritica, gdzie doszło do zaniku więzadeł i chrząstek stawowych, do ich zesztywnienia i zmian wstecznych.

Od tej jednostki należy odróżnić achondroplazję prawdziwą, która cechuje się mikromelją, nieprawidłowym tworzeniem się jąder nasadowych, rozszerzonymi końcami trzonów, małymi i zgrubiałymi, zniekształceniem miednicy i żeber, zgrubieniami okostnowemi w miejscach przyczepu mięśni, skróceniem podstawy czaszki z powodu przedwczesnego zrośnięcia ossis tribasilaris, zwężeniem otworu potylicznego i t. d.

Parrot po raz pierwszy w 1875 roku opisał przypadek achondroplazji. Przyczyna tego cierpienia nie jest wyjaśniona, niektórzy widzą źródło powstania achondroplazji w nieprawidłowym rozwoju śródchrząstkowym kości w życiu embrjonalnym, rezultatem czego ma być zahamowanie wzrostu kości w kierunku podłużnym, a nadmierny wzrost w kierunku

poprzecznym. Chorobę tę autorzy uważają za dziedziczno-rodzinną, powstającą wskutek abjotrofji pierwiastków rozrostowych w linjach nasadowych.

W ostatnich czasach opisywano coraz częściej przypadki achondroplazji jak: Sougnes, Wieland, Jaroschy, Oppenheim, Lerich i Fliederbaum.

Patogeneza achondroplazji jest niejasna, niektórzy widzą przyczyny w nieprawidłowej korelacji gruczołów wkrewnych jak tarczycy (Berger), lecz leczenie tarczycą było bezskuteczne, inni znowu widzą źródło choroby w zaburzeniach przysadki mózgowej, bowiem u niektórych młodych ludzi zaburzenia przysadkowe prowadzą do zahamowania wzrostu i karłowatości (Dystrophia hypophysaria Falta i dystrophia adiposo-genetalis Lowaina).

Ciekawe doświadczenie Ascoliego, który usuwał u młodych zwierząt przysadkę i powodował u nich w ten sposób zahamowanie wzrostu niezupełnie dostateczne, tłumaczy patogenezę achondroplazji.

——:o:——

Jak widać z powyższego, medycyna wewnętrzna odróżnia dwa zresztą różne pojęcia, odnoszące się do różnych schorzeń; jedno pojęcie ściśle reumatyczne w sensie zakażenia, które powoduje zapalenie na samym początku schorzenia, zajmuje tkankę mezenchymalną i prowadzi wkońcu, jako zejście spraw zapalnych do zwyrodnień w aparacie stawowym, drugie pojęcie tak zwanego reumatyzmu zwyrodnieniowego, gdzie choroba rozpoczyna się od zmian zwyrodnieniowych, która niema nic wspólnego z zakażeniem i mogąca występować niezależnie od reumatyzmu, chociaż takie sprawy należą do rzadkości. W pracy niniejszej podałem również stosunek reumatyzmu do przemiany materji, zaznaczając jednocześnie, że stosunek spraw zwyrodnieniowych reumatycznych do przemiany materji jest dziś jeszcze niedostatecznie zbadany.

ŹRÓDŁA PIŚMIENNICZE.

1. *Gudzent.* Gicht u. Rheumatismus (Berlin) 1928.
2. *H. Strauss.* Reuma und Erkältung. Berlin 1927.
3. *Umber.* D. M. W. 1926. S. 1631.

4. *Bauer*. Anaphyl. Rheumatismus. W. K. W. 1923. Nr. 14—15.
5. *Meyer-Bisch*. Z. f. klin. M. 109, 492, 1929.
6. *Morgenstern*. W. Arch. inn. M. 12, 273, 1926.
7. *Pollitzer*. M. Kl. 1914. S. 1513.
8. *Schottmüller*. M. M. W. 1929. Nr. 11. S. 445.
9. *Talalajew*. Kł. W. 1929, Nr. 3. 8. 124.
10. *Umber*. Med. Welt. 1929. S. 593.
11. *Weintraud*. Artykuł z Allegemeine Patalogie. Kraus-Brugsel.
12. *Pineles*. K. Kl. W. 1908. S. 902.
13. *Pribram*. Handbuch el spec. Pathol. u. Ther. 7. 1902.
14. *Thanhauser*. Kl. W. 1929. Nr. 1.
15. *Richter*. D. M. K. 1929. Nr. 15. S. 603.
16. *Bauer*. Zt. ges. inn. Med. 1921 (Hochdruckreumatismus).
17. *Kasparek*. W. Kl. W. 1895. S. 570.
18. *Lenz*. W. Kł. W. 1929. Nr. 5.
19. *Schade*. M. M. Woch. 1919. S. 1021.
20. *Reitter*. W. Kl. W. 1928. S. 473.
21. *Stühmer*. M. M. W. 1921. S. 769.
22. *Mayer*. M. M. W. 1928. S. 1024.
23. *Löwenstein*. Kl. W. 1928. S. 1860.
24. *Lucas*. M. Kl. 1927. Nr. 44.
25. *Grudziński*. O nietypowych postaciach achondroplazji. P. Przegląd Radj. T. 2. Z. 2.
26. *Krajewski*. Przypadek chondrodystroplazji. Nowiny Lekarskie r. 1927. Z. I.
27. *Fliederbam*. Dwa przypadki achondroplazji: P. Przegląd Radjologiczny. Tom IV. Z. 3—4 r. 1929.
28. *Galewski*. Oxalemja i Oxalurja. Wiedza Lekarska. Lipiec 1930.
29. *Bauer*. Der Sogenannte Rheumatismus. Leipzig 1929.

Podał Dr. STEFAN KRAMSZTYK.

TRUDNOŚCI, ZWIĄZANE ZE STOSOWANIEM SUROWICY PRZECIWPŁONICZEJ, I SPOSOBY ICH UNIKANIA.

Pewne i szybkie działanie surowicy przeciwszkarlatynowej jest dziś faktem ogólnie uznanym. Jedyną jeszcze trudnością i komplikacją tej metody leczniczej jest konieczność wprowadzania do ustroju znacznych względnie ilości surowicy, a więc ewentualność wywoływania choroby posurowiczej. Stosując w ciągu ostatnich kilku lat surowicę nawet i w lżejszych przypadkach płonicy, miałem możność przekonać się, że objawy posurowicze co do swej ciężkości przewyższały przebieg samej szkarlatyny. Powstaje więc pytanie co do celowości zastrzykiwania surowicy w lekkich wypadkach. Oczywiście, że możnaby się powstrzymywać od zastrzykiwania w tych ostatnich razach, gdyby nie ta okoliczność,

że, jak to w r. 1928 wykazał *Friedemann*, cały szereg lekkich w początkach przypadków płonicy, nieleczonych surowicą, ginie później wskutek komplikacyj natury septycznej. Słusznie więc wspomniany autor dowodzi, że należy dążyć do tego, aby surowica przeciwpłonicza znalazła równie szerokie zastosowanie, jak i surowica dyfterytyczna.

Wielkim postępem byłaby tu możność ograniczenia ilości zastrzykiwanej surowicy przy zapewnieniu jej większej zawartości antytoksyny, co jednak z przyczyn natury technicznej posiada pewne granice. Również miałoby tu znaczenie zapobieganie i leczenie choroby posurowiczej.

Temu ostatniemu zagadnieniu poświęcił przed kilku miesiącami niezmiernie cenne uwagi znakomity znawca przedmiotu prof. *Bela Schick* z New Yorku. *Schick* ze względu na objawy posurowicze przeciwny jest zarówno biernemu uodpornianiu przeciwko płonicy, jak i tendencyi leczenia względnie dobrotliwych przypadków szkarlatyny surowicą.

Do objawów posurowiczych, wymagających leczenia, zaliczamy przedewszystkiem objawy, występujące po jednokrotnym zastrzyku w ciągu 8—12 dni i zasadzające się na gorączce, wysypkach skórnych o charakterze przeważnie pokrzywki, ogólnym obrzęku gruczołów limfatycznych i czasem bólach stawowych. Objawy te są przeważnie dobrotliwe i tylko przykre. W razie silnej pokrzywki wskazane są injekcje podskórne rozczynu adrenaliny 1‰ w ilości 0,1—0,25 cc. w odstępach

3—4 godzinnych. Niektórzy, poczynając od 4 lub 5 dnia po zastrzyku większej ilości surowicy, stosują doustnie efedrynę po 0,05 pro die. Wiadomo, że w celach zapobiegawczych podawane są preparaty wapniowe (Calcium chloratum, calcium gluconatum). Bolesne objawy stawowe należy leczyć unieruchomieniem, ewent. salicylatami i narkotykami.

Niekiedy, osobliwie w razie zastosowania większych ilości surowicy, można spostrzegać 3—4 wyraźnie odgraniczone od siebie okresy objawów posurowiczych. Zdaniem *Schicka* objawy te są wyrazem tworzących się w organizmie przeciwciał przeciwko różnym swoistym proteinom surowicy końskiej.

Co się tyczy intensywności i częstości choroby posurowiczej — to grają tu rolę takie czynniki, jak ilość zastrzykniętej surowicy i jej rodzaj; niektóre surowice, jak surowica przeciwpłonicza, przeciwtężcowa i pneumokowa częściej powodują objawy posurowicze aniżeli inne surowice.

Obok wspomnianych powyżej objawów posurowiczych wielkie znaczenie posiadają symptomy, które występują natychmiast po zastrzyku surowicy — po upływie kilku sekund lub minut.

Symptomy te, polegające na ciężkich zaburzeniach układu krążenia, jak spadek ciśnienia, sinica, obrzęk twarzy, utrata przytomności, mogą czasem skończyć się śmiertelnie. Przypadki te należą na szczęście do rzadkości; bardziej łagodne kończą się wyzdrowieniem przy odpowiednim leczeniu.

Dwie grupy ludzi podlegają temu niebezpieczeństwu. Pierwsza grupa obejmuje indywidua, które po raz pierwszy otrzymują zastrzyk surowicy końskiej. Są to astmatycy, uczuleni w stosunku do konia, dotknięci wypryskiem i in. Do drugiej grupy należą osobnicy, którzy już kiedyś otrzymywali injekcje surowicy końskiej. Aby uniknąć tych wypadków należy uciec się do wywiadu oraz do próbnego zastrzyku śródskórnego 0,05 roztworu surowicy 1:10.

Drugim sposobem uniknięcia komplikacji jest uprzedni zastrzyk małej ilości surowicy według *Bezredki* (antianaphylaksja). Jednakże *Schick* twierdzi, że każdy lekarz, dokonywujący injekcji surowicy, powinien mieć w rozporządzeniu roztwór adrenaliny.

„Nowe drogi leczenia płonicy surowicą“ wskazują niedawno *Friedemann* i jego współpracownicy *Schmerel* i *Lukas*. Już na I Międzynarodowym Kongresie mikrobiologów w Paryżu w r. 1930 wykazywał *Friedemann* znaczenie swych spostrzeżeń, dowodzących nieoczekiwanej zależności działania surowicy od sposobu wprowadzenia tej ostatniej do ustroju; przyczyny objawu tego nie polegają, jak się dotychczas zdawało, na różnicach w szybkości wchłaniania.

Pod wpływem teorji *Sperańskiego* o patogenezie szkarlatyny i innych chorób zakaźnych, opierającej wszystkie występujące tu objawy choro-

bowe na działaniu jadów bakteryjnych na mózg, *Friedemann* za przykładem autorów rosyjskich zaczął stosować surowicę dolędźwiowo.

Okazało się, że w leczonych w ten sposób przypadkach płonicy udawało się szybko usunąć wszelkie objawy intoksykacji przy użyciu ilości surowicy, wynoszących dziesiątą część ilości, jaka używana bywa przy zastrzykach domięśniowych. Wpływ tej metody okazał się jednak nie tak dodatnim, jeżeli chodzi o komplikacje i chorobę posurowiczą.

Ale zarówno ze względów praktycznych (trudność wykonywania zastrzyków dolędźwiowych w praktyce), jak i z rozważań teoretycznych *Friedemann* postanowił stosować injekcje dożylne. Okazało się, istotnie, że i w drodze dożylnej udaje się uzyskać nader szybkie działanie lecznicze przy użyciu dziesięć razy mniejszej ilości surowicy, aniżeli to miało miejsce przy sposobach dotychczasowych. Wysypka znikała przeważnie już po sześciu godzinach, gdy przy zastrzykiwaniu domięśniowem blednie ona dopiero po 24—48 godzinach. Również i ciepłota wracała do normy w większości przypadków po 6—7 godzinach. W tym samym czasie znikają wszystkie objawy toksyczne i uczucie choroby. Uderzająco mała jest liczba komplikacyj, które mają naogół lekki przebieg. *Friedemann* nie może jeszcze twierdzić z całą pewnością, że w tem ostatniem działaniu występuje istotnie wpływ injekcji dożylnej.

Pod względem praktycznym największe znaczenie posiada być może zmniejszenie liczby przypadków choroby posurowiczej, która jest około pięciu razy rzadsza przy stosowaniu tej metody.

Ilość stosowanej przez *Friedemanna* dożylnie surowicy przeciwpłoniczej wynosiła od 3—5 cc. u dorosłych, a 2—3 cc. u dzieci dla surowicy skoncentrowanej. Szybkie działanie tak małych ilości surowicy *Friede-*

mann objaśnia tem, że przy stosowaniu domięśniowem, w przeciwieństwie do dożylnego, większa część antytoksyny nie dostaje się zupełnie do krwiobiegu, lecz pozostaje związana miejscowo.

Metoda zastrzykiwania dożylnego wymaga używania wyłącznie surowicy wolnej od karbolu lub trójkrezolu, a to ze względu na działanie szkodliwe tych dodatków. Również musi być brane pod uwagę uczulenie i idjosynkrazja wrodzona na surowicę końską; przed każdym zastrzykiem dożylnym należy wykonać śródskórną injekcję 1 cc. surowicy.

Dr. S. K.

KRZESZOWICE.

Kraj nasz obfituje w liczne uzdrowiska z wodami siarczanemi jak Busko, Solec i t. d. W niniejszej notatce chciałem omówić działanie wód siarczanych Krzeszowickich, chlubnie znanych od drugiej połowy XVIII w.

Miejscowość kąpielowa Krzeszowice leży w powiecie Chrzanowskim, a odległość jej od Krakowa wynosi 26 klm. Komunikacja kolejowa jest nadzwyczaj wygodna; zdrojowisko, znajdując się na głównej linji kolejowej, ma doskonałe połączenia z całym krajem.

Z Krakowa przychodzi dziennie 12 pociągów i tyleż wraca, a sama podróż trwa 40 minut.

Krzeszowice posiadają dwa źródła wody siarczanej: jedno t. zw. źródło główne i źródło „Zofji".

Zdrój główny znajduje się na pochyłości góry pałacowej, niedaleko kościoła. Z właściwości fizycznych woda tego zdroju odznacza się: czystością, bezbarwnością, silną wonią gazu siarkowodowego i posiada smak kwasu siarkowodowego, a w piciu nie jest przykra, lecz chłodząca. Ciepłota jej przy temperaturze powietrza + 12—17 Cel. wynosi + 9,75° Cel.

Co do składu chemicznego zdroju głównego, to wykazuje on przewagę siarkanów. Wśród tychże najobficiej ukazuje się siarkan wapniowy i to w takiej ilości, że zaledwie kilka źródeł europejskich dorównuje Krzeszowicom pod tym względem. Po siarkanie wapniowym pierwsze miejsce zajmują: siarkan magnowy i węglan wapniowy, reszta składników znajduje się w ilości umiarkowanej. Ponieważ zaś zdrój zawiera w sobie odpowiednią ilość kwasu węglowego, kwasu siarkowodowego oraz podsiarczanu sodowego, przeto należy zaliczyć zdrój krzeszowicki do rzędu silniejszych wód siarczanych z przeważającą ilością soli wapniowych i magnowych. Tak pod względem jakości, jak też ilości składni-

ków zdradzają źródła krzeszowickie zupełne podobieństwo z znanemi trenczyńskiemi cieplicami. Z zestawienia porównawczego wody krzeszowickiej z wodą trenczyńską okazało się, że pod względem składu chemicznego między temi dwoma źródłami różnice polegają na tem: 1) woda krzeszowicka jest zamożniejsza w składniki zsiadłe, 2) woda krzeszowicka zawiera 25% więcej siarkanu wapniowego i 5 razy więcej kwasu węglowego, aniżeli woda trenczyńska. Jedynie pod względem ciepłoty ustępują źródła krzeszowickie źródłom trenczyńskim.

Badania drugiego źródła okazały, że zdrój „Zofji“ pod względem właściwości fizycznych i chemicznych nieznacznie tylko różni się od zdroju głównego, a to: 1) cokolwiek niższą ciepłotą, 2) cokolwiek większą ilością kwasu siarkowodowego.

Woda siarczana w Krzeszowicach bywa stosowana wewnętrznie, a picie jej uskutecznia się bądźto przy zdroju głównym w budynku zwanym przez miejscowych „kapliczką pod Matką Boską“ bądź w zakładzie kąpielowym, gdzie dla wygody gości urządzono pijalnię w kurytarzu łazienkowym. — Głównie jednak stosują wodę siarczaną do kąpieli. Zaznaczyć należy, że woda napełniając wannę jest równocześnie ogrzewaną przez parę do żądanego stopnia ciepłoty, co wyklucza rozkład składników chemicznych wody, a co zatem idzie, nie zmniejsza jej wartości leczniczej.

Wskazania używania wód siarczanych można podzielić na szczególne i ogólne; co do pierwszych należą te, gdzie idzie głównie o działanie siarki, — do drugich te, gdzie działa woda, sposób jej użycia, ciepłota oraz inne składniki w wodzie rozpuszczone.

Z pierwszej więc grupy należy wymienić następujące cierpienia, które z dobrym skutkiem są leczone w Krzeszowicach: 1) gościec długotrwały (rheumatismus chronicus) w postaci gośćca mięśniowego, skórnego, powięzi oraz okostny, gościec nerwowy, dna gośćcowa (arthritis) i porażenia gośćcowe; 2) osutki przewłoczne, wyprysk przewłoczny (eczema chronicum), łupież czerwony (pityriasis rubra), liszajec (impetigo), trądzik (acne), róża przewłoczna (erysipelas chronicum) i t. p.; 3) choroby kobiece, których podstawą jest krwistość brzucha, a więc stany zapalne macicy i jajników, zboczenia miesiączki i t. d., dalej krwawnice (haemorrhoidae); 4) cierpienia narządu oddechowego, przedewszystkiem długotrwałe nieżyty krtani, tchawicy i oskrzeli; 5) schorzenia wątroby, powstałe wskutek zboczeń w zakresie żyły bramnej; 6) zatrucia metaliczne, jak otrucie przewłoczne rtęcią, ołowne, arsenowe i miedzią. Do drugiej grupy należą: 1) zołzy i krzywica (scrophulosis et rachitis), dalej próchnienia kości i martwica; 2) następstwa zranień i obrażeń, jak np. wysięki wskutek zapalenia, owrzodzenia z trudnością się gojące i t. p.; 3) choroby ner-

wowe, zwłaszcza porażenia i nerwobóle na podstawie gośćcowej, nerwoból kulszowy (ischias), pląsawica (chorea) i porażenia po udarze (apoplexia).

Położenie zakładu jest piękne, a przytem bardzo dogodne. Stary park, wśród którego znajduje się Zakład kąpielowy, jest oddalony od dworca kolejowego zaledwie o kilkaset kroków, co dla gości przyjezdnych stanowi wielką zaletę. Z jednej strony ogrody hr. Potockich, w tyle plantacje wraz z pięknym kościołem tworzą malownicze ramy dla samego budynku kąpielowego, który w r. 1923 został rozszerzony i kompletnie odrestaurowany. Ilość kabin podwojono i wyposażono w urządzenia i sprzęty, odpowiadające dzisiejszym wymogom i komfortowi tak, że pod względem urządzenia wewnętrznego Krzeszowice mogą rywalizować z najpiękniejszemi zdrojowiskami. Parter budynku zajmuje hall, gdzie znajduje się kasa i poczekalnia, oraz kabiny, na pierwszym zaś piętrze mieszczą się pokoje w liczbie kilkunastu z pełnym komfortem dla kuracjuszów. W tymże budynku ordynuje lekarz zakładowy przez ciąg sezonu, t. j. od 1 maja do 1 października. Na miejscu masażysta wykonuje przepisane zabiegi, każda kabina zaopatrzona w wygodną sofkę umożliwia odpoczynek po kąpieli, masaż, zawijanie w koce i t. d. Jeżeli weźmiemy pod uwagę wyżej powiedziane oraz piękne położenie Krzeszowic, to musimy przyznać, że miał słuszność ich piewca, mówiąc:

Gdzie zdrowy szuka zabaw, zdrowia szuka chory,
Tam leżą Krzeszowice. Czyjeż odda pióro
Wdzięk, którym to ustronie obdarzasz naturo.

(Br. Kiciński „Dzień w Krzeszowicach").

REFERATY Z CZASOPISM OBCYCH.

PROF. L. ADAM. *W sprawie znieczulania z punktu widzenia nowych przetworów.* (Orvosi Hetilap, 1929. Nr. 40).

Na podstawie doświadczeń na zwierzętach wypada dla chorego o wadze 60 kg. dawka maksymalna perkainy 0,6 g., t. j. 1200 ccm. roztworu 0,05%. Dla zabiegów operacyjnych nie zużywa się nawet szóstej części tej ilości.

Na samym sobie przekonał się autor o szybko występującem znieczuleniu, o nieobecności jakichbądź objawów podrażnienia lub uszkodzenia tkanek. A. wskutek tego zdecydował się na stosowanie perkainy w 70 przypadkach chirurgicznych: operacje przepukliny, wycięcia wola, zabiegi w żołądku, operacje kamieni żółciowych, operacje raka grubego jelita i t. d. Najlepszą okazała się koncentracja 0,5 na 100 w fizjologicznym roztworze soli kuchennej z dodatkiem 12 kropli rozczynu adrenaliny na każde 100 ccm. płynu do zastrzyków. Fizjologiczny roztwór soli kuchennej zwykle zaprawiano 3 kroplami rozcieńczonego kwasu solnego na litr. Z początku nie dodawano adrenaliny, a także nie podawano chorym żadnych środków odurzających lub alkaloidów, później zaś zaczęto stosować powyższy roztwór. O wynikach osiągniętych autor pisze, że stale obserwowano tętno i ciśnienie krwi i nigdy nie zauważono większych odchyleń od normy. Zatrzymując się na opisie poszczególnych przypadków, autor dokładniej charakteryzuje operacje wola i resekcję odbytnicy.

Minimalną ilość roztworu potrzebnego dla operacji wola jest 60 ccm., odpowiadającego.

1% roztworowi nowokainy — 60 cgrm. nowokainy,

$^1/_4$% roztworowi tutokainy — 15 cgrm tutokainy, a także

1½ roztworowi perkainy 1½ pro mile — 3 cgrm. perkainy.

Dla celów znieczulenia parasakralnego stosunki te jeszcze bardziej się różnią:

przy stosowaniu nowokainy w 2% roztworze wypada 40 ccm., czyli 0,8 grm.,

perkainy w tych samych warunkach potrzeba 1 pro mille roztworu 40 ccm., czyli zaledwie 0,04 grm.

Przy stosowaniu tego ostatniego roztworu rozcieńczonego wchłanianie odbywa się bardzo powoli i potrzeba dla znieczulenia tak mało perkainy, że dotąd nigdy nie zauważono żadnych, choćby najniewyraźniejszych objawów zatrucia.

Perkainę najbardziej wyróżnia w szeregu innych substancyj, szybkie występowanie znieczulenia i jego natężenie, przy długotrwałem działaniu. Jak wiadomo, po uśpieniu chory, znajdujący się jeszcze w stanie odurzenia nie jest w stanie wykrztuszać. Po ustąpieniu znieczulenia miejscowego, kiedy rana operacyjna brzucha poczyna silnie boleć, chory nie może głęboko oddychać, czyli przewietrzać swych płuc. Jeżeli jednak niebolesność trwa jakie 6 godzin, to chory może się poruszać i głęboko oddychać; w ten sposób unika się w wielu przypadkach odleżyn oraz odoskrzelowego zapalenia płuc. Oprócz tego zaoszczędza się choremu wiele bólu, gdy im więcej czasu przechodzi od operacji, o tyle mniej bolesną jest rana. O ile chory leży spokojnie, rana w ciągu doby wogóle wcale nie boli. Należy przeto, zdaniem autora, starać się osiągnąć zapomocą znieczulenia niebolesność w ciągu 24 godzin. Pod tym względem perkaina otwiera nam perspektywy możliwości osiągnięcia tego celu przez stosowanie pokrewnego jej środka, lub też przez zastosowanie wyższej koncentracji. W ten sposób dojdziemy do ideału, który pozwoli nam na zabiegi operacyjne.

———o———

DR. HANNS LÖHR. *Leczenie stanów skurczowych w obrębie przewodu żołądkowo-jelitowego, szczególnie zaś cierpień żołądka.* (München. Mediz. Wochenschr. 1929. Nr. 45).

Autor próbował działać na bóle żołądka kwasem barbiturowym. Bardzo dobrze nadawał się kwas dwualylobarbiturowy (Dial) w małych dawkach. Badania doświadczalne na odosobnionych narządach zwierzęcych, zwłaszcza na płucach, dowiodły, że kwas ten wywiera obwodowy wpływ spazmolityczny na gładkie mięśnie. Dzięki tej własności uważał on za wskazane, zbadać działanie kwasu dwualylobarbiturowego w odpowiednich zestawieniach na stany spastyczne przewodu żołądkowo-jelitowego. Szczególnie korzystnie przedstawiały się kombinacje wspomnianego kwasu (Dialu) z atropiną i papaweryną. W ciągu trzy i pół-letniej praktyki zdołano ustalić stosunek wzajemny tych 3 leków. Okazało się, że przy małych dawkach Dialu można posiłkować się znacznie mniejszemi, niż zwykle, dawkami atropiny, co stanowi postęp w leczeniu chorób żołądka i jelit, ponieważ w ten sposób usuwają się tak często występujące objawy uboczne po atropinie.

Dialowi należy przeto przypisywać oprócz łagodnego działania narkotycznego i kojącego bóle, także i wpływ spazmolityczny na gładkie mię-

śnie. Swoiste działanie papaweryny w podobnem zestawieniu znakomicie się uzupełnia, a własności ograniczania wydzielin przez atropinę i jej wpływ depresyjny na napięcie mięśni i ruch robaczkowy łączą się w zestawieniu z wymienionemi lekami i tworzą cenny przetwór do zwalczania wszelkich bóli w stanach spastycznych przewodu żołądkowo-jelitowego i innych części ustroju.

———o———

JEAN REYT. *Starcze zaburzenia sercowe.* (Le progrès médical, 1930. Nr. 52).

W przeglądzie cierpień sercowych u starców autor uważa za wskazane podawanie w lżejszych przypadkach strofantu, kiedy zaburzenia przejawiają się tylko w postaci niepokoju mniejszego stopnia. Bardziej ciężkie przypadki wymagają stosowania naparstnicy lub ouabainy, przyczem jednak należy uważnie śledzić ich działanie w razie ciężkich zaburzeń miarowości. W razie niebezpieczeństwa natychmiast należy stosować olej kamforowy i koraminę, które aczkolwiek nie działają tak energicznie, to jednak działają doskonale. W międzyczasie leczenia naparstnicą celowe jest stosowanie koraminy po 40—60 kropli 2 razy dziennie.

O ile starcy skarżą się na uczucie bólu w okolicy serca, o ile stwierdza się niskie ciśnienie krwi i tętno przyśpieszone, wtedy należy działać pośpiesznie dla sprowadzenia ulgi choremu. I tu również oprócz środków dla zwalczania bólów i łagodzenia kurczy, jak: morfina, azotyn sodu itd. najlepiej jest zaraz zastosować podskórnie koraminę, wstrzykujące dziennie po 5—6 ampułek. W ten sposób udaje się podtrzymać działalność serca i poprawić stan ogólny.

W przypadkach bredzenia starców wypada podejrzewać powikłania sercowe wskutek zapalenia płuc; nawet gdyby nie zauważono podwyższenia temperatury i wysłuchiwanie nie dawało powodu do niepokoju. Przetwory naparstnicy wtedy są bezskuteczne i wypada stosować leki skrzepiające serce w rodzaju koraminy, która wzmacnia serce i zapobiega zagrażającemu migotaniu komór sercowych.

———x———

ESSIG. *Profilaktyka krzywicy naświetlanem mlekiem.* (Münch. med. Woch. Nr. 7 — 1931).

Na klinice pedjatrycznej w Tübingen czynione są od 2 lat obserwacje nad wartością świeżego naświetlanego mleka. Podawano je niemowlętom conajmniej 2-miesięcznym, odżywianym sztucznie. Między temi dziećmi były wcześniaki i wogóle dzieci skłonne do krzywicy. Mleko naświetlane stosowano w okresie zimowym, od początku grudnia do końca

marca. Dzieci te przedtem nie otrzymywały żadnych środków przeciwkrzywiczych. Wszystkie chętnie piły naświetlane mleko i znosiły je dobrze. Przed rozpoczęciem obserwacji sprawdzano obecność krzywicy, craniotabes, stan ogólny. W przebiegu krzywicy orjentowano się według pomiarów ciemiączka, czynionych co 8 dni. W ciągu pierwszej zimy dzieci otrzymywały mleko krowie z dodatkiem naświetlanego mleka krowiego. Następnej zimy — tylko mleko naświetlane. Wyniki leczenia w ciągu pierwszej zimy wykazują brak nasilania się krzywicy pod koniec zimy i nieznaczne jej ustępowanie. W ciągu drugiego roku stwierdzono niemożność zapobieżenia szczególnie ciężkim przypadkom krzywicy, brak natomiast nowych przypadków zachorowań.

———o———

RAU I GRUBER. *Doświadczenia z mlekiem naświetlanem i Vigantolem.* (Münch. med. Woch. Nr. 7 — 1931).

W ciągu zimy 1929/1930 przyjętych zostało na klinikę (Królewiec) 74 osesków i dzieci ze świeżą i ciężką krzywicą, ze zmianami czaszki i kręgosłupa. Z tej liczby podawano w 26 przypadkach mleko naświetlane, w 48 — Vigantol. Obserwacji doświadczalnej poddano 20 i 30 dzieci. Reszta przechodziła inne schorzenia, które mogły wpłynąć na skuteczność leczenia. Poprawę sprawdzano co 4 tygodnie, indywidualnie w każdym przypadku, przez porównanie ze stanem w początku leczenia. W tym okresie występował przyrost ilości fosforu surowicy krwi i utrwalanie się wapnia w kościach. Naświetlane mleko dawało szybką poprawę w przypadkach lżejszych, bardzo powolną w ciężkich. U dzieci zaś, które otrzymywały Vigantol, zdrowienie w przypadkach lżejszych postępowało taksamo, jak w grupie pierwszej, a dzieci ciężko chore szybko przyswajały wapń. Z powyższego wynika, że mleko naświetlane czyni zadość wymaganiom profilaktycznym, w razie ciężkich zmian krzywicznych należy sięgnąć po Vigantol.

———o———

VEILCHENBLAU. *W sprawie leczenia ostrych wymiotów i biegunek u dorosłych.* (Münch. med. Woch. Nr. 7 — 1931).

W przypadkach cholery u osób dorosłych udaje się uspokoić ruchy jelit przez podanie opium. W kilku obserwowanych przez autora przypadkach objawy nasilały się tak prędko, że podanie wyżej wymienionych środków nie mogło wpłynąć na stan chorobowy, ze względu na wymioty i ciężką biegunkę. Wtedy V. wstrzyknął pierwszemu z tych chorych morfinę z digipuratem, poczem wymioty i biegunka szybko ustąpiły. W następnych przypadkach autor zamiast morfiny wstrzykiwał pantopon z podobnym wynikiem. Takich obserwacji posiada autor 6.

———o———

LANGER. *Łagodne czy intensywne leczenie rzerzączki?* (Münch. med. Woch. Nr. 15 — 1931).

Postęp w leczeniu rzerzączki może być osiągnięty przy ścisłej współpracy kliniki i pracowni. Główna trudność w zwalczaniu choroby wynika z braku nadających się do odpowiednich doświadczeń zwierząt. Dlatego postęp opiera się tylko na empirji, która wykazuje największe zalety w związkach srebrowych. Nie należy zapominać, że azotan srebra, związek czysto jonowy, dający nieograniczone odczyny z białkiem i jonami chlorowemi tkanek, może spowodować nadżerki i, wynikające stąd. zbyteczne podrażnienia. Działanie azotanu srebrowego jest powierzchowne i niszczy powierzchownie położone dwoinki, co pierwotnie wystarczało do zwalczania rzerzączki. Szkoła Neissera stała bowiem na stanowisku, że rzerzączka jest zakażeniem powierzchownem. Z tego punktu widzenia stosowano energiczne środki o powierzchownem działaniu dezynfekującem. Drażniącem działaniem tych środków tłumaczono takie powikłania, jak ropnie okołocewkowe, zapalenie gruczołu krokowego, najądrza i t. p. Jakkolwiek autor pozornie zgadza się na leczenie energiczne, woli jednak postępowanie łagodniejsze, za jakie uważa stosowanie środków nawet stężonych, lecz niedrażniących. Do takich należy Targesin.

Gdy spostrzeżono, że między energicznem płukaniem cewki a powikłaniami zachodzi ścisły związek, cofnięto się do metody wręcz innej, mianowicie, zaniechano prawie leczenia miejscowego, względnie zwrócono się do środków ściągających. Jakkolwiek takie postępowanie daje wyleczenie, to po jego przerwaniu nawroty są prawie regularne.

Po tych spostrzeżeniach autor wrócił do środków miejscowych, które stosuje od pierwszej chwili zakażenia; dobiera je tak, by działały nietylko powierzchownie, ale dezynfekowały tkanki głębsze. W okresie ostrym nie używa żadnych cewników ani czopków, jako zbytecznie drażniących. Najodpowiedniejszym preparatem azotanu srebra jest

Targesin, wprowadzony przez Sieberta i Cohna. Jest to połączenie srebrowobiałkowe z estrem tanniny. Nie drażni wcale tkanek, działa dezynfekująco (azotan srebra) i przeciwzapalnie (tannina). Ostatnie działanie stwierdził autor wielokrotnie podczas endoskopji. Jednocześnie zauważył, że środek ten przenika do gruczołów i zatok, co potwierdziły badania Oeltzego i Mohrmanna. To samo stwierdził L. podczas prześwietlań cewki moczowej.

Targesin wykazuje tę przewagę nad innemi środkami przeciwrzerzączkowemi, że daje wyniki stałe. W okresie ostrym roztwory ½—3% nie wywołują żadnych podrażnień, a działanie wgłąb chroni przed powikłaniami. Naturalnie, jak przy każdem leczeniu, zdarzają się przypadki odporne. Jednakże i w tych wyjątkach udaje się ograniczyć infekcję do przedniego odcinka cewki moczowej i ochronić chorego przed powikłaniami. Targesin pozwala na Janet'owskie przepłukiwania przypadków gonorrhea posterior, gdyż nie drażni pęcherza moczowego i daje szybkie wyklarowanie się moczu.

Z powyższego wynika również skuteczność omawianego środka w przypadkach przewlekłych. Szybkie usuwanie wydzieliny sprzyja leczeniu przydatków. W leczeniu zapaleń stercza i pęcherzyków nasiennych L. stosuje środki uspakajające w czopkach lub podaje dowewnątrz papawerynę, ichtjol, jodek potasu; w okresie ostrym tych powikłań — kąpiele, ciepło, diatermję. Masaż przydatków stosowany jest dla celów rozpoznawczych. U kobiet i dzieci używa autor roztworu Targesin dla przepłukiwań pochwy i tamponów. Zapalenia cewki moczowej i gruczołów Bartholiniego u kobiet również szybko ustępują po Targesinie.

———o———

WÖRNER. *W sprawie leczenia hemofilji.* (Münch. med. Woch. Nr. 16 — 1931).

Zmianę w poglądach na istotę hemofilji wniosły badania Sahliego nad czasem krzepliwości krwi u tych chorych. Obok środków wpływających bezpośrednio na krzepliwość, jak calcium, żelatyna, surowica, krew

normalna, soki tkankowe i preparaty trombokinazy, obserwuje się stosowanie środków, mających zmieniać odczyny organizmu na ten proces. Najważniejszą z tych metod jest naświetlanie śledziony. Mnogość sposobów leczniczych świadczy o ich bezskuteczności. W okresie rozpoczynającej się rezygnacji w stosunku do walki z tem cierpieniem ukazał się preparat Nateina hiszpańskiego autora Felipe Llopis; preparat ten zawiera witaminy A, B, C i D, fosforan wapnia i cukier mleczny pod postacią tabletek.

Autor podawał nateinę w przypadku hemofilji przez okres 5-cio miesięczny. Pomimo, że chory jego przez ten czas pobrał 4320 tabletek preparatu (za przeszło 700 zł.) nie stwierdzono żadnej poprawy klinicznej. Jedynie zmniejszył się czas krzepliwości krwi. Spostrzeżenie to podkreślane również przez szereg innych autorów dowodzi, że zaburzenie w krzepliwości krwi nie jest głównym momentem patogenetycznym omawianej jednostki chorobowej. Obok zaburzenia w krzepliwości istnieją chyba u hemofilików inne chorobotwórcze składniki naczyniowe. Llopis oparł leczenie krwawiączki nateiną na anlogji ze szkorbutem, traktując hemofilję, jako awitaminozę. Szkorbut nie jest jednak chorobą dziedziczną, a czas krzepliwości jest przytem normalny. Przy hemofilji brak jest znowu stomatitis ulcerosa i nie zjawia się, podobnie do szkorbutu, tylko na wiosnę. Gdyby jednak hemofilja wynikała z awitaminozy, niezrozumiałe jest, dlaczego potrzebne są tak wielkie ilości witamin, co jest b. powikłane i kosztowne w stosowaniu.

Dobre wyniki po stosowaniu nateiny uzyskali Traum, Schlöszmann, Driels, Hoff, May i inni.

———o———

WOLFF. *Jak uniknąć martwicy posalyrganowej?* (Münch. med. Woch. Nr. 16 — 1931).

W przypadkach większych obrzęków warstwa skóry i tkanki podskórnej jest tak gruba, że wkłuta igła nie przenika do mięśnia, a wstrzyknięty salyrgan dostaje się pomiędzy tkankę podskórną a mięsień, wzgl. do tej pierwszej. Obrzęk tkanki, gorsze jej unaczynienie, zwolnione krążenie, wpływają na dłuższe pozostawanie wstrzykniętego preparatu rtęciowego, który ujemnie wpływa na obrzękłą tkankę i doprowadza do martwicy. Dla uniknięcia tak przykrych następstw autor po wprowadzeniu salyrganu wstrzykuje przez tę samą igłę kilka decygramów 2% roztworu novocainy. W braku ostatniej można z tym samym skutkiem użyć kamfory lub wepchnąć przez igłę nieco powietrza. Główna ostrożność polega na tem, by rtęć nie dostała się do kanału wkłucia.

———o———

HALLAY. *Przyczynek do leczenia róży.* (Münch. med. Woch. Nr. 16 — 1931).

Działanie buforowe sody w obrębie zapalnym polega na zobojętnianiu kwasów, wytwarzanych przez bakterje i rozszerzających kapilary. Soda skuteczna jest do tej chwili póki miejsce dotknięte stanem zapalnym znajduje się w ścisłym związku z krążeniem. Wychodząc z tych danych należało sprawdzić, czy soda zachowuje wymienione działanie, jeżeli zastosować ją zewnętrznie na miejscowe zmiany zapalne. Wiadomo, że soda przyśpiesza i łagodzi przebieg oparzeń pierwszego stopnia. Autor leczył w ten sposób 3 przypadki róży i uważa tę metodę za dobrą i nadającą się do sprawdzenia na większym materjale.

———o———

JACOBY. *Zwalczanie bólów poporodowych.* (Münch. med. Woch. Nr. 18 — 1931).

Bóle te bywają tak silne, że przypominają bóle porodowe. Wyczerpanie położnicy po urodzeniu wymaga spokoju, przyczem konieczne jest, by macica zanadto nie zwiotczała. Przystawianie do piersi w pierwszych dniach po porodzie wywołuje odruchowo skurcze macicy, które mogą być bardzo bolesne i wytwarzają nieznośny dla położnicy stan ciągłych bólów. Z tego względu niektóre kobiety przerywają nawet karmienie, co znowu ujemnie wpływa na noworodka. Bóle poporodowe są celowe, gdyż dzięki nim następuje obkurczenie się macicy; w przeciwnym wypadku zjawiają się krwawienia i trzeba podawać sporysz. Stosowanie środków kojących nie jest wskazane wobec ujemnego ich wpływu na zdolność macicy do obkurczania się i przechodzenia do mleka karmiącej. Autorka przepisuje preparat Optalidon, pochodny kwasu izobutylallylbarbiturowego, który nie przechodzi do pokarmu i łagodzi bolesność skurczów macicy.

———o———

FECHT. *Leczenie asfiktycznych noworodków Cardiazolem do żyły pępkowej.* (Münch. med. Woch. Nr. 28 — 1930).

Z pomiędzy chemicznych środków leczniczych, stosowanych u asfiktycznych noworodków, najbardziej skutecznym okazał się Cardiazol. Preparat ten używany był przez autora w 33 przypadkach asfiksji bezpośrednio po urodzeniu, w sposób następujący: bezpośrednio po podwiązaniu pępowiny wprowadzano za pomocą strzykawki do żyły pępkowej ½—1 ccm Cardiazolu. Miejsce ukłucia zamykało się samo przez się. Noworodki sine, asfiktyczne, szybko poprawiały się po tym zabiegu. W przeszło połowie przypadków pierwszy krzyk zjawiał się już w czasie wstrzy-

kiwania. W 40% przypadków miarowy oddech występował w ciepłej kąpieli, wkrótce po wstrzyknięciu Cardiazolu. W jednym tylko przypadku zaszła potrzeba zastosowania sztucznego oddechania i tutaj F. miał wrażenie, że Cardiazol sam mógłby wystarczyć. W przypadkach asfiksji białej stwierdzano po każdej injekcji Cardiazolu mocniejszą i bardziej miarową akcję serca. Blady kolor skóry ustępował szybko, wskazując na poprawę w krążeniu odwodowem. W tejże postaci asfiksji podawano lobelinę, stosowano sztuczny oddech i drażnienie skóry. Środki te uwzględniane były w drugim rzędzie. Autor ma wrażenie, że bez Cardiazolu, który wpływa na poprawę krążenia, inne metody nie doprowadziłyby do pożądanego efektu. Wstrzykiwanie bezpośrednio do żyły pępkowej uważa za bardziej celowe niż np. podskórne.

———o———

PUERTA. *Leczenie nadciśnienia tętniczego Calcium - Diuretiną i Jod-Calcium - Diuretiną.* (La Médicina Ibera Nr. 483 — 1927).

Leczenie nadciśnienia wymienionemi preparatami przez czas dłuższy obniża energicznie ciśnienie i usuwa jego objawy. Dla ilustracji podane są 2 przypadki. Jeden pacjent, lat 35, chory na zapalenie nerek od 7 lat, otrzymywał prócz mleka i jarskiej diety 5 tabletek Calcium-Diuretin dziennie. Leczenie to obniżyło znacznie ciśnienie maksymalne i nieco minimalne. Prócz tego ustąpiły bóle głowy, zwiększyła się ilość wydalanego moczu, znikły obrzęki.

Drugi przypadek dotyczy 48-letniego kowala, od 22 lat chorego na kiłę Mesaortitis luctica. Chory ten nie znosił jodku potasu, wobec czego zalecono mu Jod-Calcium-Diuretin, 6 tabletek dziennie. Po 5 dniach chory czuł się znacznie lepiej. Ustąpiły zawroty i bóle głowy, taksamo ból za mostkiem i zmęczenie po wysiłkach, które zmusiły chorego do szukania porady lekarskiej. Ciśnienie maksymalne opadło do 140 mm Hg, dość znacznie obniżyło się ciśnienie minimalne. Leczenie to stosowane było jeszcze przez 10 dni. Jod-Calcium-Diuretin była w szeregu przypadków znoszona dobrze, bez jakichkolwiek objawów jodzicy i bez zaburzeń ze strony przewodu pokarmowego.

———o———

FUCHS. *Leczenie objawów podrażnienia pęcherza moczowego Diuretyną.* (Wien. Klin. Woch. Nr. 48 — 1930).

Ostatnio spostrzega się często, że niektóre postacie pollakisurji ustępują po Diuretynie. Bachrach podaje z pomyślnym rezultatem Jod-Calcium-Diuretin przy silnem parciu na mocz. Zinnerowi udało się usunąć

te objawy w przebiegu nadciśnienia dzięki dużym dawkom Diuretyny, przyczem ciśnienie uległo obniżeniu. Autor opisuje przypadek utrudnionego oddawania moczu u 60-io letniego pacjenta, który przed 40-tu laty przechodził rzerzączkę. W moczu brak zmian. Gruczoł krokowy powiększony, resztek moczu w pęcherzu nie stwierdza się. Ciśnienie krwi normalne. Środki stosowane w okresie podrażnienia gruczołu krokowego, jak również 14-to dniowe podawanie preparatów bromowych pozostały bez wpływu na dysurję i pollakisurję. Ut aliquid fiat przepisano 2 razy dz. po 0,5 Diuretin. 4 dni później pacjent doniósł, że pierwszego dnia po użyciu Diuretyny poczuł się znacznie lepiej, a następnie zupełnie dobrze.

Autor stosował dalej systematycznie Diuretynę w 70 przypadkach. Okazało się, że środek ten wpływa dodatnio na ustępowanie pollakisurji i utrudnionego oddawania moczu, występujących w początkowym okresie przerostu gruczołu krokowego. Objawy powyższe ustępowały zupełnie w połowie przypadków. Warunkiem skutecznego działania Diuretyny jest brak pozostałości moczu w pęcherzu (Residualharn) i infekcji tych resztek, jak również zmian zapalnych, np., przewlekłego zapalenia gruczołu krokowego. Miażdżyca i nadciśnienie nie są przeciwwskazaniem. Zapalenie pęcherza moczowego, kamień, guz lub inne zmiany anatomiczne nie poddają się leczeniu Diuretyną. Tylko w jednym przypadku zwężenia szyjki pęcherza moczowego i w zapaleniu przewlekłm pęcherza moczowego po usunięciu gruczołu krokowego Diuretyna okazała się skuteczną przy zwalczaniu przykrych dolegliwości. U młodszych pacjentów z zapaleniem gruczołu krokowego Diuretyna zwalcza objawy podmiotowe; działanie to obserwuje się również w przypadkach przewlekłych. Na leczenie Diuretyną reagują chorzy w początkowym okresie wiądu rdzenia z objawami pęcherzowemi. Wpływu na enuresis nocturna nie zauważono, natomiast preparat ten okazał się skutecznym u kobiet z pollakisurja e frigore i nervosa.

Autor nie wiąże działania moczopędnego Diuretyny z jego wpływem na objawy pęcherzowe; sądzi, że usuwa ona zastoinę w zakresie narządów miednicy małej przez poprawę krążenia, dzięki czemu znika źródło pobudzania do częstego oddawania moczu.

———o———

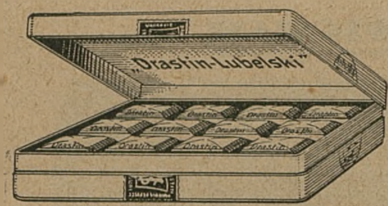
Czekolada przeczyszczająca

Drastin - Lubelski

O NIEZAWODNEM DZIAŁANIU
I DOSKONAŁEJ TOLERANCJI!

POWODUJE STOLCE PAPKOWATE

NIE WYWOŁUJE UBOCZNYCH OBJAWÓW!



Czekolada przeczyszczająca DRASTIN - LUBELSKI okazuje jednakowo pomyślne działanie u mężczyzn, kobiet i dzieci.

Do nabycia we wszystkich aptekach.

Literaturę i próby wysyła WPP. Lekarzom bezpłatnie:

Wytwórca, Aptekarz JÓZEF LUBELSKI w Warszawie, ul. Długa Nr. 16, telefon 709-55

UWAGA: wobec licznych bezwartościowych naśladownictw uprasza się W. P. Lekarzy o łaskawe zaznaczanie na receptach:

„DRASTIN-LUBELSKI"

STANNOXYL

FURUNKULOZA I WSZELKIE CHOROBY SPOWODOWANE PRZEZ STAFYLOKOKI, ANTRAKS, WYSYPKI, JĘCZMIENIE, WRZODY KOSTNE, WRZODY NA PIERSIACH, INFEKCJE STAFYLOKOKOWE PRZY TUBERKULOZIE, ROPIENIE STAFYLOKOKOWE.

PREPARAT PRZYGOTOWANY NA PODSTAWIE TLENKU CYNY I CYNY METALICZNEJ.

Laboratoires Robert et Carrière

37, RUE DE BOURGOGNE, 37 — PARIS

PRZEDSTAWICIELE:

FOGELMAN & WITTIG, OKÓLNIK 11, WARSZAWA.

TREŚĆ:

□ □ □

REDAKTOR NACZELNY:
Dr. Med. Aleksander Krasuski

ADRES REDAKCJI:
Nowowiejska 25 m. 2 tel. 8-12-82.

WYDAWCA:
Mr. Farm. Zygmunt Sander

ADRES ADMINISTRACJI:
Złota 49 m. 2, tel. 711-55

Konto P. K. O. 19.175

Druk. „Antiqua" St. Szulc i S-ka ul. Kacza 7, tel. 504-91.

Drukarnia „Antiqua" St. Szulc i S-ka, Kacza 7. Tel. 504-91.